

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Nr albumu)

.....
(rok/wydział/kierunek/)

DZIEKAN WYDZIAŁU FARMACJI
.....

PODANIE

Upzejmie proszę o wyrażenie zgody na realizację przeze mnie studenckiej praktyki zawodowej

.....
w trakcie trwania semestru w placówce

.....
(Nazwa i adres placówki)

Przyspieszenie terminu realizacji praktyk zmotywowane jest:

.....
.....
Jednocześnie oświadczam, iż charakter wykonywanych przeze mnie obowiązków będzie zgodny z programem praktyk, nie będzie kolidował z planem zajęć oraz będzie zgodny z załączonym harmonogramem .

.....
Data i podpis studenta

.....
Data i podpis opiekuna praktyki

HARMONOGRAM REALIZACJI PRAKTYKI

Data	Godziny realizacji praktyki	Liczba realizowanych godzin dydaktycznych

Suma realizowanych godzin:

Wrocław,

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam¹ zgody na odbycie studenckiej praktyki zawodowej przez Pana/Panią
..... we wskazanej przez studenta/studentkę¹ placówce .

.....

podpis Dziekana

¹ niepotrzebne skreślić